

Note

Sur l'organisation de la Radiologie et de la Physiothérapie dans les formations militaires pendant la guerre

par le

Docteur DELHERM

Chef de laboratoire central de Radiologie et d'électroradiologie de la Pitié

Ancien Chef de service de physiothérapie de XVII région (1914-1916)

Ancien Radiologue Expert d'une Armée,

Au moment de la déclaration de la guerre le Service de Santé français possédait:

Au point de vue radiologique:

- 1) Trois ou quatre équipage de campagne
- 2) Quelques installations fixes éparses dans le territoire et qui n'étaient desservie par aucun personnel spécialisés.

Au point Physiothérapique:

l'installation du Val de Grâce et quelques appareils d'electro et de mécanothérapie dans les hôpitaux militaires thermaux.

La Guerre posa immédiatement les problèmes suivant:

1° *A l'armée*, nécessité de posséder des installations radiologiques fixes et mobiles et, surtout en vue de la récupération aussi rapide que possible des blessés, nécessité de créer des centres de physiothérapie complets.

2° *A l'intérieur*, obligation d'avoir des installations radiologiques fixes et mobiles et, surtout, en vue de la récupération aussi rapide que possible des blessés, nécessité de créer des centres de physiothérapie complets.

I - Organisation radiologique aux Armées

a) Au début de la guerre, la doctrine de l'évacuation sur l'arrière avant toute intervention chirurgicale prévalut; le rôle de la radiologie au Armées fut donc restreint.

Il fut assuré par des *équipages radiologiques*.

Ces équipages comprenaient une camionnette pouvant marcher a la vitesse moyenne de 20 à 30 kmh. Sur cette camionnette était chargée une installation radiographique et radioscopique complète qui fonctionnait à l'aide d'un groupe électrogène également transporté par la voiture.

Le personnel était composé d'un médecin radiologiste, d'un manipulateur et d'un conducteur.

L'avantage de ces équipage était leur extrême mobilité, et la facilité qu'il avaient de s'installer dans n'importe que local dans uns laps de temps très court. Ces équipages sillonnaient la zone de chaque armée et desservaient les différents hôpitaux installés sur son territoire.

b) Mais, vers le début de 1915, on reconnut la nécessité de pratiquer des opérations même très importante à proximité des lignes, afin de donner le maximum de chances aux blessés transportables.

c'est dans ce but que furent créés les ambulances chirurgicales automobiles. Ces ambulances, constitués par trois gros camions: un pour la stérilisation, Un pour la radiologie, un pour l'instrumentation, possédaient en outre, une tente opératoire.

Le poste radiologique desservi par un spécialiste devaient la partie intégrante de la formation, ce qui permettait au chirurgien de pouvoir à tout instant recourir aux bons offices du radiologiste.

c) En 1916, en présence des avantages énormes que représentait la symbiose radio-chirurgicale, on estima que l'ambulance chirurgicale de chaque division devait être munie d'un matériel radiologique.

Pour répondre à ce but, on créa le camion de stérilisation et de radiologie. ce camion se déplaçait avec la division; il portait tout ce qui est nécessaire pour la stérilisation et pour la recherche radiologique; il était desservi par un médecin spécialiste et par un manipulateur.

d) La guerre s'étant stabilisée, on estima qu'il y avait avantage à opérer tous les blessés le plus près possible du front et à ne les évacuer à l'intérieur qu'après intervention; l'expérience ayant montré que les plaies ainsi traitées guérissaient très vite.

De cette idée naquirent les hôpitaux d'évacuation tels qu'ils furent conçus en 1916. Ces Hôpitaux possédaient plusieurs salle d'opération et à chacune de ces salles était un poste semi-fixe complet.

En fin 1916 il existait donc aux armées:

1° Des installations semi fixes dans les hôpitaux d'évacuations.

2° Des installations mobiles constituées par:

a) les équipages radiologique;

b) les ambulances chirurgicales automobiles;

c) Les camions de stérilisation et de radiologie qui fonctionnaient soit dans les hôpitaux d'évacuation, soit dans n'importe quelle autre formation et qui, en principe, étaient prêts à suivre les troupes dans leur marche en avant.

Les formations radiologiques s'étant ainsi multipliées, la nécessité apparut de mettre à la tête du service dans chaque armée un radiologiste expérimenté qui, placé auprès du Directeur du Service de Santé, serait chargé d'assurer l'installation des postes, le ravitaillement en matériel, et la surveillance technique d'un personnel qui pour la plupart, avait été formé très rapidement.

C'est ainsi que fut créé en fin 1916, dans chaque armée, un médecin radiologiste expert.

Sous l'impulsion du radiologiste expert les installations devinrent confortables et capable de débiter d'une manière intensive. A la fin des hostilité toutes les salle de radiologies étaient dans le voisinage immédiat des salles d'opération et communiquaient avec elles. Elles étaient constituées par une salle d'attente de 3 mètres sur 4 environ, dite salle d'accommodation; une salle d'examen de 6 à 8 mètres sur 4 avec sol cimenté; un cabinet de développement, un cabinet pour le radiologiste, un cabinet pour le manipulateur. En outre, un ingénieux système de trolley conduisait le courant dans les salle d'opération pour l'extraction des projectiles sous contrôle de l'écran.

Les médecins radiologistes experts furent choisis, pour la plus part, parmi les chef de laboratoire des hôpitaux de Paris ou des villes de facultés. Chacun d'eux avait dans son armée le contrôle sur trois ou quatre équipages radiologiques, un ou deux poste radiologiques d'automobiles chirurgicales, six à dix camions de stérilisation et de radiologie, douze à quinze postes fixes.

En outre, un échelon sanitaire technique, à la tête du quel était un officier d'administration, était muni d'un matériel radiologique très complet qui permettait avec rapidité de subvenir à tous les besoins des postes de l'armée sur simple demande du radiologiste expert.

Cette organisation a fait ses preuves à différentes reprises.

Le service radiologique a constitué une des meilleures organisation du Service de Santé: Il n'a jamais donné lieu à aucune critique.

II Organisation de l'intérieur

a) en 1914, dès les premières rencontres, les blessés, après un pansement sommaire furent mis hâtivement dans les trains et parfois transporté à l'autre bout du territoire.

Or les grands hôpitaux militaires du temps de paix ne possédaient pas d'installation radiologique; il en était de même des hôpitaux temporaire

Ce fut l'initiative privée qui para aux premières nécessités: médecins, croix rouges , groupe de madame Curie.

Presque tous les médecins radiologistes mirent à la disposition du Service de Santé leurs installations fixes et quelques uns d'entre eux, possédant des transportables, purent , avec bien des difficultés , aller de ville en ville pour desservir les formations qui ne possédaient pas de postes fixes.

b) Dès le mois de décembre 1914 , le Ministère créa dans chaque région militaire un chef de service de Physiothérapie choisi parmi les électroradiologistes des hôpitaux de Paris ou des agrégés de Province. Ces chefs de service furent placé comme conseillers technique auprès du Directeur de Service de Santé de la région; iols eurent pour mission d'installer des poste radiologiques dans les principaux chirurgicaux de la région et de les munir d'un personnel capable de les faire fonctionner.

Chaque région fut , en outre, dotée d'un équipage radiologique chargé d'opérer dans tous les hôpitaux qui ne possédaient pas d'installation fixe.

Mais le rôle le plus important des chefs de service de physiothérapie fut surtout d'organiser les hôpitaux de physiothérapie destinés a faire bénéficier aussitôt que possible les blessés des avantages des agents physiques afin de les récupérer le plus vite possible.

Dans chaque région on installa deux ou plusieurs hôpitaux comportant 1500 a2500 lits; en outre, les régions qui possédaient des stations thermales virent ces stations placées sous le contrôle du service de physiothérapie.

Chaque hôpital de physiothérapie fut au point de vue technique , sous la direction du chef du service central qui avait son siège dans le principal de ces hôpitaux et qui , plusieurs fois par mois, se transportait dans les hôpitaux annexe pour prendre toute décision concernant les malades.

Dans chaque hôpital il existait:

1° Un service d'electro-radiologie comprenant parfois jusqu'à trois ou quatre poste de radio, dix a quinze poste d 'électrologie.

2° Un service de mécano-thérapie avec massage et souvent hydrothérapie.

Les malades étaient n en outre n employé dans des ateliers de la défense nationale ou aux champs pour activer par le travail leur rééducation fonctionnelle; enfin des terrains de sport étaient mis à leur disposition.

Ces services fonctionnaient de la manière suivante: tout blessé devait , dès la cicatrisation de ses plaies,être envoyé dans un hôpital de physiothérapie le plus voisin. Le chef de service de physiothérapie, de neurologie, l'adjoint au directeur faisaient des tournées dans toutes les formations pour dépister les blessés justiciables de la physiothérapie qu'on aurait négligé de diriger dans les hôpitaux de cette spécialité.

Dès qu'un blessé arrivait à l'hôpital spécialisé, il était examiné cliniquement et aussi du point de vue électrique, radiologique; au point de vue de l'amplitude de ces mouvement, etc. Le chef du service central prescrivait ensuite les traitements divers, massage, mécano, etc qu'il y avait lieu d'effectuer et que le blessé suivait sous la direction de médecins spécialisés adjoints au chef du service central..

Ainsi l'unité de direction dans la prescription des traitements divers était assuré.

En cours du traitement le chef de service central revoyait , de temps à autre les blessés et apportait au traitement toutes les modifications nécessaires.

En fin du traitement le blessé qui passait devant les commissions chargées de statuer sur son sort était accompagné devant la commission par un dossier émanant du service de physiothérapie. Aucune décisions ne pouvait être prise en l'absence de ce dossier.

Cette excellente méthode, qui a consisté à centraliser sous une seule direction toute l'electro-radio-physiothérapie, a donné les meilleurs résultats ainsi qu'on a pu le voir par comparaison avec quelques régions militaires où existaient la séparation en électroradiologie, massage, mécano-thérapie d'autre part.

C'est grâce à l'organisation de ces service de physiothérapie que de très nombreux blessés ont pu être récupérés et que les effectifs ont pu être maintenus à la hauteur des nécessités de la guerre.